



P-509 - LINFANGIOMA QUÍSTICO INGUINAL EN MUJER ADULTA

Serrano Molina, Alba María¹; Gutiérrez Sánchez, Carmen¹; Antón Fernández, Ismael²; Bueno Lledó, José¹; Carreño Sáenz, Omar¹; Nieto Sánchez, Marta¹; Álvarez Sáez, Arantxa¹; Pous Serrano, Salvador¹

¹Hospital Universitario La Fe, Valencia; ²Hospital Universitario Insular de Gran Canaria, Las Palmas de Gran Canaria.

Resumen

Objetivos: Presentar un caso clínico de linfangioma quístico inguinal en mujer adulta, una localización y edad de presentación poco frecuentes.

Caso clínico: Mujer de 42 años que consulta por dolor y tumefacción inguinal derecha de meses de evolución, con sospecha inicial de hernia inguinal. Se identifica una masa móvil, irreductible y sin protrusión con maniobra de Valsalva. Ante dudas diagnósticas, se solicitan ecografía inguinal y resonancia magnética que muestran una lesión quística sospechosa de linfangioma quístico inguinal. Se decide cirugía programada. Mediante incisión inguinal derecha se identifica tumoración de aspecto quístico que se extiende a lo largo del conducto inguinal, desde labio mayor hasta espacio preperitoneal. Se realiza exéresis completa, precisando sección del ligamento redondo. Posteriormente, se procede al cierre del orificio inguinal profundo, aproximando el tendón conjunto al ligamento inguinal mediante sutura continua de monofilamento de absorción lenta. Para reparar el defecto inguinal, se realiza hernioplastia con malla de polipropileno autoadhesiva. La intervención se realiza en programa de cirugía mayor ambulatoria. En el control realizado al mes de la cirugía, presenta una buena evolución sin signos de recidiva clínica. El estudio histopatológico de la pieza quirúrgica confirma el hallazgo de linfangioma quístico, sin otros hallazgos patológicos.

Discusión: El linfangioma quístico es una malformación benigna y poco frecuente del sistema linfático. Debe descartarse ante la presencia de masas inguinales de crecimiento progresivo, cuya exploración no concuerda con una hernia inguinal. La ecografía es la prueba de imagen de elección, siendo su diagnóstico definitivo anatomo-patológico. Se recomienda la cirugía con resección completa por su riesgo de recidiva.